

# 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

※資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

令和 年 月 日

記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/> 番号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和
氏名	フリガナ	
事業所(店名)の名称		連絡先(内線、外線)

対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分
対象者欄	被保険者 フリガナ氏名 同上 生年月日 同上 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者① フリガナ氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者② フリガナ氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③ フリガナ氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 3 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 4 : 資格確認書を滅失・き損したため 5 : その他( )
-----	--

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	受付日付印
------	---	-------

事業者(店)名	担当者	交付日	常務理事	事務長	担当者	マスター登録

